

اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۲۴

شایسته قرایی‌اردکانی*، پرویز آزادفلاح**، سید عباس تولایی***

چکیده

مقدمه: سردرد تنشی و میگرن شایع‌ترین نوع سردرد است که موجب افت شدید کارکرد روزانه افراد می‌شود. از آنجا که دارو درمانی به تنهایی در درمان بسیاری از این بیماران به اندازه کافی مفید نیست، لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن انجام گرفت.

روش: در این مطالعه که یک کار شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود، نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس و از مراجعه کنندگان به بیمارستان بقیه‌اله انتخاب شدند که از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به تصادف به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند و بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی سردرد و با تشخیص قطعی پزشک متخصص مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، به منظور سنجش میزان و شدت درد آزمودنی‌های دو گروه، از پرسشنامه شدت درد و برای سنجش میزان پذیرش درد از پرسشنامه هنجاریابی شده پذیرش درد مزمن استفاده شد. گروه آزمایش تحت آموزش متغیر مستقل قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرد. در مرحله پس‌آزمون روی هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های فوق اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش به خوبی نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت این مداخلات در بیماری‌های روان‌تنی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد درمانی، سردرد تنشی، درد مزمن

gharaee.counselor@yahoo.com

azadfallahparviz@gmail.com

tavresearch@gmail.com

* کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه علوم و تحقیقات، تهران، ایران

** نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

*** دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

مقدمه

افسردگی در وی می‌گردد. گذشته از این، درد مزمن نه تنها توانمندی‌های بیمار، بلکه توانایی‌های اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می‌برد [۳]. درد مزمن، مشکل شایعی است که بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن، آثار منفی می‌گذارد [۴]. از میان دردهای مزمن، سردرد یکی از شایع‌ترین این گونه اختلالات است. به طوری که بیش از ۹۰ درصد مردم، حداقل یک روز را در سال به سردرد مبتلا می‌شوند و ۱۰ تا ۱۲ درصد کسانی که به پزشک مراجعه می‌کند، شکایت اولیه شان سردرد است [۵]. به دلیل شیوع گسترده و تأثیرات وسیعی که سردرد بر زندگی فردی و اجتماعی شخص مبتلا می‌گذارد، این اختلال در طول تاریخ توجه عده‌ای را به خود جلب کرده و متخصصان بالینی کوشش‌های زیادی را صرف شناسایی، تشخیص و درمان این اختلال کرده‌اند. طبق تعریف انجمن بین‌المللی سردرد، سردردها به دو نوع اصلی - سردردهای اولیه^۴ و ثانویه^۵ - تقسیم شده‌اند. سردردهای اولیه سردردهایی هستند که در پی یک اختلال دیگری ایجاد نمی‌شوند و خود مشکل اصلی و عمده فرد هستند. در چنین مواردی سردرد بخشی از یک سندرم یا نشانگان محسوب می‌شود و اگر بیماری زیر بنایی بهبود پیدا کند، اغلب سردرد هم از بین می‌رود [به نقل از ۶]. سردردهای ثانویه که می‌توان علت آنها را به شرایط بیماری‌زا نسبت داد شامل سردردهای ناشی از عفونت، بدخیمی‌ها، علل عروقی، دارویی یا ایدیوپاتیک^۶ می‌باشد. نکته قابل توجه این است که قسمت عمده‌ای از بیماران با سردرد اولیه به ندرت ممکن است علت سردرد آنها ثانویه باشد [به نقل از ۷]. معروفترین و فراوانترین انواع سردردهای اولیه میگرن و سردرد تنشی هستند [به نقل از ۶]. میگرن نوعی سردرد دوره‌ای عود کننده است که در آن درد اغلب به سر محدود می‌شود اما گاهی ممکن است صورت و گردن را نیز مبتلا کند. ظهور علائم میگرن از سیستم‌های مختلفی همچون سیستم عروقی، نورولوژیک، گوارشی، بینایی و غدد درون ریز است. حملات میگرن شامل سردردهای معمولاً یک طرفه می‌باشد که می‌تواند با علائم گوارشی همچون تهوع، استفراغ یا تحریک مفرط،

درد یکی از شایع‌ترین پدیده‌هایی است که افراد را وادار به درخواست کمک از نظام‌های مراقبتی، بهداشتی و درمانی می‌نماید و نه تنها با تنیدگی و ناراحتی ایجاد شده توسط درد، بلکه به واسطه پیامدهای تنیدگی زای دیگری که برای فرد دردمند دارد، از قبیل هزینه‌های درمانی و پیامدهای شغلی و خانوادگی، وجوه گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. به همین دلیل بعد از حفظ جان بیمار، تسکین درد از مهمترین اولویت‌های پزشکی به شمار می‌رود و تلاش‌های بسیاری برای درد و کنترل آن صورت گرفته است [به نقل از ۲]. طبق تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است و دارای دو بعد است، بعد حسی و بعد عاطفی. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌گردد. همچنین از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می‌شوند: درد حاد^۲ و درد مزمن^۳. درد حاد معمولاً نتیجه بیماری یا صدمه است که کمتر از سه ماه ادامه پیدا می‌کند، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه تداوم می‌یابد که می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد. موضوعی که در حوزه عوامل و فرایندهای روان‌شناختی مؤثر در تجربه درد، بیش از همه مورد بررسی و پژوهش روان‌شناختی قرار گرفته، بحث درد مزمن است. دردی که در آن، مبتلایان علاوه بر تحمل درد، عوارض زیستی، روانی و اجتماعی دیگری را هم تجربه می‌کنند. درد مزمن وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه‌ای که فرد دردمند را نه تنها با تنیدگی ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی‌زای دیگر که بخش‌های گوناگون زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، روبرو می‌کند. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است. همچنین درد، توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود؛ این امر نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و

4- primary headaches
5- secondary headaches
6- idiopathic

1- Internal Association For The Study Of Pain (IASP)
2- acute pain
3- chronic pain

درد، مشکل درد آنها را تنها ۳۰ تا ۴۰ درصد کاهش می‌دهد [۱۳]. بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علیرغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، کیفیت زندگی‌شان به طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. پیشرفت‌های نظری و رشد فزاینده تحقیقات، مبنای لازم را برای مفهوم سازی سردرد به عنوان یک اختلال روانی فیزیولوژیکی (اختلال جسمی که تحت تأثیر استرس‌های روانی و اجتماعی و محیطی قرار دارد) فراهم آورده و سرانجام باعث به وجود آمدن و به کارگیری درمان‌های رفتاری معاصر برای سردرد شده است. در طی سه دهه گذشته شواهد قابل ملاحظه‌ای ارائه شده‌اند که نشان می‌دهند درمان‌های رفتاری برای سردرد سودمند هستند. بررسی‌های فرا تحلیلی ادبیات پژوهش، همگی نشان داده‌اند که مداخله‌های رفتاری، ۳۵ تا ۵۵ درصد بهبود در میگرن و سردرد تنشی را به بار آورده و این نتایج به طور معنی‌داری بهتر از شرایط کنترل است. قدرت این شواهد باعث شده است که بسیاری از کلینیک‌های تخصصی در این زمینه، استفاده از درمان‌های رفتاری سردرد را در کنار درمان‌های دارویی برای سردرد توصیه نمایند [به نقل از ۱۴]. این درمان‌ها در مقایسه با درمان‌های دارویی تأکید کمتری بر عوامل فیزیولوژیکی دارند و در عوض بیشتر بر مشارکت بیمار و مسئولیت شخصی وی تأکید می‌کنند. همچنین هدف این درمان‌ها این است که بیمار را قادر به مقابله مؤثر با درد و نشانه‌های همراه آن نمایند. مشارکت فعالانه بیمار می‌تواند منجر به افزایش حس خود کارآمدی^{۱۱} بیمار در توانایی‌اش برای پیشگیری و کنترل درد شود که این مسأله نیز به نوبه خود ناتوانی حاصل از سردرد را کمتر می‌کند [به نقل از ۱۲].

هافمن^{۱۲} و همکاران [۱۵] دریافتند که رویکردهای درمانی چندگانه^{۱۳} که یکی از مؤلفه‌های آنان مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی بوده است، به مراتب اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بیشتری بر درد و بهبود کارکرد روزانه و شغلی افراد دارد. به عنوان مثال، واکنش‌های هیجانی که بیماران به دردشان نشان می‌دهند نه تنها بر تجربه شدت درد

شامل ترس از نور^۱ و ترس از صدا^۲ باشد. ۱ تا ۲ درصد از جمعیت عمومی و ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز سردرد از بیماران میگرنی هستند [به نقل از ۸]. طبقه‌بندی انجمن بین المللی سردرد^۳ میگرن را به دو دسته همراه با اورا^۴ و بدون اورا تقسیم می‌کند. اورا نوعی اختلال نورولوژیک قابل برگشت است که ممکن است به صورت کرختی و سوزن سوزن شدن پوست سر یا تغییراتی در حس‌های شنوایی، بینایی، بویایی یا تکلم باشد. این علائم را به کورتکس مغز یا ساقه مغز نسبت داده‌اند [۹]. سردرد تنشی شایع‌ترین نوع سردرد است که درمان آن دشوار است، که با درد دو طرفه، غیر ضربانی^۵ (فشار یا سختی، درد کند که شبیه تجربه بستن باند یا گذاشتن کلاه به سر می‌باشد) درد خفیف یا متوسط که بتواند مانع فعالیت‌های روزانه شود مشخص می‌شود. با افزایش دفعات و شدت سردرد تنشی تأثیر آن بر کارکرد روزمره به همان نسبت بیشتر می‌شود [به نقل از ۱۰]. سردردهای تنشی و میگرنی نیز از جمله رویدادهایی است که در آنها میزان درد تجربه شده توسط بیمار، وی را معذب می‌سازد و نیازمند مداخلات درمانی است. افزون بر آن همان گونه که ذکر گردید کیفیت زندگی، بهزیستی کلی و کارکرد روان‌شناختی فرد در جنبه‌های مختلف نیز در این سردردها آسیب می‌بینند و ناتوانی حاصل از سردرد، بیمار را رنج می‌دهد و این مشکلات نیز مداخلات خاص خود را می‌طلبد [۱۱]. بر این مبنای در درمان سردردهای تنشی و میگرنی دو حوزه کلی درمان شکل گرفته است. درمان‌های دارویی^۶ و درمان‌های غیر دارویی^۷ [به نقل از ۱۲]. علیرغم پیشرفت‌ها در عرصه کالبدشناسی، فیزیولوژی، زیست‌شناسی شیمیایی درد و ساخت داروهای جدید، همچنان درد به عنوان مشکل قابل توجهی در نظر گرفته می‌شود. در همین راستا، مشاهده می‌شود که استفاده از داروها (از جمله: داروهای افیونی^۸، ضد ضد افسردگی^۹ و ضد تشنج‌ها^{۱۰}) برای بیماران مبتلا به درد،

- 1- photo phobia
- 2- phono phobia
- 3- International Headache Society (IHS)
- 4- Aura
- 5- non-pulsatile
- 6- pharmacological drugs
- 7- non pharmacological drugs
- 8- opioids
- 9- antidepressant

10- anticonvulsant

11- self-efficacy

12- Hoffman

13- multidisciplinary approaches

حضور درد است و اینکه درد، بدون تلاش برای کنترل آن یا اجتناب از آن، تجربه شود [۲۸] پذیرش درد مزمن شامل تمایل فعال بر حضور درد، همچنین افکار و احساسات همراه با آن در کنار مشغله و درگیری در خصوص انجام فعالیت‌های ارزشمند و رسیدن به اهداف فردی است. مک کراکن^{۱۲} و اکلستون^{۱۳} [۲۹] نشان داده‌اند که تمایل به داشتن درد و درگیری در انجام فعالیت‌های روزمره بدون در نظر گرفتن حضور درد منجر به کارکرد سلامت در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌شود. مک کراکن [۳۰] معتقد است که بیماران مبتلا به دردهای مزمن مکرراً در تلاش برای کنترل حوادث دردآور شکست می‌خورند. عالیرش^{۱۴} و همکاران [۳۱] نیز بر این باورند که از وجه تشابه افراد مبتلا به دردهای مزمن، تجربیات متعدد شکست خورده‌ای است که به منظور کنترل درد خود به کار گرفته‌اند. از این رو، توجه به این پیشینه شاید ایده ارزشمندی باشد مبنی بر اینکه پذیرش درد به جای تلاش برای کنترل آن با سازگاری بیشتری همراه باشد. بنابراین، مک کراکن [۳۰] پذیرش درد را تمایل به تجربه درد مزمن بدون نیاز به کاهش، اجتناب یا هر گونه تلاش به منظور تغییر آن تعریف می‌کند. در راستای این ایده، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بیماران با نگرش پذیرش بیشتر، سازگاری بیشتری با درد مزمن و بر مبنای پرسشنامه‌های تشخیصی، شدت افسردگی، اضطراب و استیصال کمتری را گزارش می‌کنند. همچنین مشاهده شده که افراد با پذیرش بیشتر درد از سطوح سازگاری بیشتری برخوردارند [۳۰]. ویان^{۱۵} و همکاران [۳۲] در همین رابطه نشان داده‌اند که پذیرش درد ارتباط قوی با درگیری بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد. همچنین مشاهده شده که پذیرش به شدت با کنترل شناختی درد ارتباط دارد. از این رو، محققان نتیجه گرفتند که پذیرش درد بهترین شیوه در جدا کردن جنبه‌های دردناک زندگی از جنبه‌های غیر دردناک آن است. مطالعات متعددی از نقش پذیرش درد در کارکرد روزانه افراد مبتلا به دردهای مزمن حمایت می‌کنند. در نمونه‌های بالینی مشاهده شده است که پذیرش درد با تجربه درد،

کنونی‌شان تأثیر می‌گذارد، بلکه بر طول مدت ناتوانی و از کارافتادگی‌شان نیز تأثیر گذار است. از این رو، محققان تلاش کرده‌اند تا سطوح متفاوت ناتوانی و آشفتگی را در افراد مبتلا به دردهای مزمن با مطالعه متغیرهای روان‌شناختی مختلفی از قبیل: راهبردهای مقابله‌ای^۱ [۱۶]، تنظیم هیجانات^۲ [۱۷، ۱۸، ۱۹]، تمرکز ذهن^۳ [۲۰]، تحریفات شناختی^۴ مانند فاجعه سازی^۵ [۲۱] بررسی نمایند. در رابطه با نقش تنظیم هیجانات، به خصوص هیجانات منفی و ارتباط آن با شدت تجربه درد، مطالعات بسیار متعددی صورت گرفته است. به عنوان مثال، نشان داده شده است که دودلی در ابراز هیجانات^۶ [۱۹]، تنظیم هیجان‌های مختلف مانند خشم، اضطراب و ترس [۲۲، ۲۳] و تجربه استرس و دوره‌های افسردگی، با شدت تجربه درد، می‌تواند ارتباط داشته باشد [۱۸]. مطالعات متعددی همچنین نشان داده‌اند که مدیریت ناکارآمد خشم با شدت درد نیز ارتباط دارد [۲۴، ۲۵، ۲۶]. با همه این اوصاف، در منابع پژوهشی موجود مطالعات اندکی در رابطه با ابعاد روان‌شناختی مثبت و درد صورت پذیرفته است. اخیراً، در همین رابطه، کارسون^۷ و همکاران [۱۹] در تحقیقی جالب، نشان دادند بیمارانی که توانایی بیشتری در بخشش^۸ دیگران دارند، شدت درد کمتری را تجربه می‌کنند. از این رو، در مطالعه حاضر سعی بر آن است تا بتوان نقش مفهوم پذیرش^۹ را به عنوان سازهای در روان‌شناسی مثبت^{۱۰} در رابطه با شدت تجربه درد در مبتلایان به درد مزمن مورد بررسی قرار داد. ایورث^{۱۱} و همکاران [۲۷] حوزه‌ای از روان‌شناسی مثبت را در رابطه با درد مزمن مطرح کرده‌اند که بر مبنای آن، بر نقش مفاهیم مثبتی از قبیل پذیرش تأکید دارند. نقش پذیرش در سازگاری با درد مزمن سالهاست که در مراکز پزشکی مورد بحث است. پذیرش درد به معنای میل به درگیر شدن در فعالیت‌ها، علیرغم

- 1- coping strategies
- 2- emotion regulation
- 3- mindfulness
- 4- cognitive distortions
- 5- catastrophizing
- 6- ambivalence over emotional expression
- 7- Carson
- 8- forgiveness
- 9- acceptance
- 10- positive psychology
- 11- evers

- 12- Mc Cracken
- 13- Eccleston
- 14- Aldrich
- 15- Viane

۲۲ مطالعه پژوهشی که بر روی ۱۲۳۵ بیمار مبتلا به درد مزمن انجام گردید، مشاهده شد که اثربخشی رویکردهای درمانی نوین نامبرده با اینکه از رویکرد شناختی رفتاری اثربخش تر نیستند اما از اثربخشی قابل قبولی برخوردارند و می‌توانند به عنوان درمان‌های جایگزین مطرح شوند. ولز^۹ و مک کراکن [۴۲] در رابطه با اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر روی درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن با بررسی روی ۱۷۱ بیمار نشان دادند که پس از اجرای طرح درمانی، بیماران در شاخص‌هایی از قبیل میزان تجربه درد، افسردگی، اضطراب و ناتوانایی و معلولیت، وضعیت شغلی و عملکرد فیزیکی، بهبودی معناداری را نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند. قابل ذکر است که نتایج فوق در یک دوره پیگیری سه ماهه نیز دوام داشته است. ویکسل^{۱۰} و همکاران [۴۳] با بکارگیری پذیرش و تعهد درمانی در توانبخشی یک بیمار چهارده ساله مبتلا به درد مزمن در قالب یک پژوهش موردی^{۱۱}، با تأکید بر ارزش‌های فردی و افزایش خزانه رفتاری بیمار نشان دادند که کارکردهای روزانه بیمار از جمله وضعیت تحصیلی، بهبود و سطوح تجربه درد کاهش یافت و بر میزان موفقیت‌های فردی افزوده گردید. بنابراین اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علیرغم حضور درد است. با توجه به شواهد متعددی که در رابطه با اهمیت مفهوم پذیرش در کاهش تجربه درد بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد و همچنین با توجه به اینکه تجربه درد و شیوه‌های مداخله در مورد آن، متأثر از مؤلفه‌های روانی اجتماعی متفاوتی است که بررسی آن را در چارچوب‌های بین فرهنگی ضروری می‌سازد، در پژوهش حاضر به بررسی نقش سازه پذیرش و تجربه درد در قالب استفاده از رویکرد درمانی پذیرش درمانی و اثربخشی آن در تغییر شدت درد در بیماران دچار سردرد مزمن پرداخته می‌شود. بنابراین، مسأله پژوهش، این است که آیا مداخلات مربوط به رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت درد در زنان دچار سردرد مزمن تأثیر دارد؟

مشکلات روان‌شناختی و ناتوانایی‌های جسمانی به مراتب کمتر و بهزیستی روان‌شناختی^۱ بیشتر ارتباط دارد [۳۳]، [۳۴]. نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که پذیرش بالای درد با کیفیت زندگی بالا در بیماران مبتلا به درد کم‌ر^۲ [۳۵]، کاهش تأثیر درد بر عملکرد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید^۳ [۳۶]، درگیری بیشتر در انجام امور شخصی [۳۷]، حفظ عملکرد سازشی [۳۸]، کاهش آشفتگی، ناتوانی و شدت درد کمتر و بهزیستی روانی بالا^۴ [۳۹، ۳۲] در ارتباط است. گوئیر^۵ و همکاران [۴۰] نشان دادند که پذیرش درد سرطانی در ۸۱ بیمار سرطانی در مرحله پیشرفته با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر ارتباط دارد. پذیرش و تعهد درمانی یکی از مداخلات مبتنی بر پذیرش است که برای افرادی که تمایل به تجربه وقایع روان‌شناختی ناخواسته از قبیل درد، بسیار اثربخش است. کوک^۶ و همکاران [۳۹] نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر پذیرش منجر به حساسیت کمتر به درد می‌شود. پذیرش و تعهد درمانی یکی از زیر مجموعه‌های رویکرد شناخت رفتار درمانی محسوب می‌شود که بر این اصل استوار است که اجتناب از درد منجر به ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. بر اساس این تئوری، اجتناب زمانی رخ می‌دهد که افکار و احساسات منطقی تأثیر نامناسب و افراطی بر رفتار می‌گذارد و در فرآیند درمان، مواجهه با موقعیت‌های اجتناب شده به عنوان مداخله هسته‌ای محسوب می‌شود برخلاف بسیاری از درمان‌هایی که بر کاهش یا کنترل علائم بیماری یا بر ارتقاء سطح پذیرش واکنش‌های منفی‌ای که مستقیماً تغییر پذیر نیستند (افکار و احساسات جسمانی) در جهت ارتقاء سطح فعالیت بیشتر تأکید دارند. ویهوف^۷ و همکاران [۴۱] به بررسی مداخلات مبتنی بر پذیرش مانند پذیرش و تعهد درمانی^۸، درمان‌های که به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری معرفی شده‌اند و روی درمان بیماران مبتلا به دردهای مزمن بکار گرفته شده‌اند، پرداخته‌اند. در این مطالعه فراتحلیلی روی

- 1- well-being
- 2- low back pain
- 3- rheumatoid arthritis
- 4- psychological well-being
- 5- Gauthier
- 6- Keogh
- 7- Veehof
- 8- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

- 9- Vowles
- 10- Wicksell
- 11- case study

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و آزمایش است. مداخلات مربوط به رویکرد پذیرش و تعهد در ۸ جلسه یک ساعته، هفته‌ای یک بار، به صورت انفرادی انجام شد، که با توجه به پروتکل درمانی [۴۴] تدوین شد که به اختصار در زیر آمده است.

جلسه اول) برقراری رابطه درمانی - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، تبیین سردرد، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.

جلسه دوم) کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آنها، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه سوم) کمک به مراجع برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار و خاطرات، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه چهارم و پنجم) توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش، آموزش قدم‌های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه ششم) توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال پردازی‌ها سرگردان شده،

در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آنها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هفتم) توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی (تمرکز بر تنفس، پیاده روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صدهای محیطی و ...) - دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم) آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

آزمودنیها: جامعه مورد مطالعه در این پژوهش عبارتند بودند از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله‌ای که از سردرد مزمن رنج می‌بردند و از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های درد استان تهران در سال ۱۳۹۰ بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ماهیت مطالعه (مطالعه تجربی) که دارای مداخلات است، از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (آزمایشی و کنترل) تقسیم شدند. به دنبال آن، بیماران با توافق کتبی و با استفاده از ابزارهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

انتخاب نمونه‌ها با توجه به ملاک‌های زیر صورت گرفت:

۱) تشخیص ابتلاء به سردرد تششی مزمن و میگردن توسط روان‌پزشک بر اساس معیارهای جامعه بین‌المللی سردرد (دومین طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد)؛

۲) دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛

۳) سطح سواد بالاتر از سیکل؛

۴) تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی.

ملاک‌های عدم حضور در نمونه عبارت بودند از:

۱) ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی؛

۲) وجود سابقه سوء مصرف یا وابستگی به مواد؛

وضعیت تأهل و مدت زمان ابتلا به بیماری و نوع بیماری می‌باشد.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنیها به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پیش از آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل، مداخلات مربوط پذیرش و تعهد درمانی در ۸ جلسه یک ساعته در هفته انجام شد. در مورد گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات از دو گروه آزمایش و گواه پس از آزمون به عمل آمد. در ابتدا برای پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لون استفاده شد که نتایج نشان دهنده برابری واریانس‌های نمرات در دو گروه بود. برای تحلیل داده‌ها و بررسی معناداری میزان تغییرات به دست آمده و همچنین تعیین اندازه اثرات آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در بین افراد، نمره‌های پیش آزمون تعدیل شد و از آزمون تحلیل کواریانس بین گروهی میانگین‌های پس آزمون استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش و گواه به ترتیب $33/28 \pm 7/91$ و $32/83 \pm 7/53$ و میانگین و انحراف معیار طول مدت بیماری به ترتیب $8/06 \pm 8/5$ و $7/63 \pm 6/74$ بود. همچنین از نظر وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش $57/1$ درصد آزمودنیها دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، $21/4$ درصد فوق دیپلم و $26/6$ درصد لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل 60 درصد دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، $26/6$ درصد فوق دیپلم و $13/4$ درصد لیسانس و بالاتر بودند. از نظر نوع بیماری در گروه آزمایش $53/3$ درصد از میگرن، $26/6$ درصد از سردرد تنشی و 20 درصد از میگرن توأم با سردرد تنشی و در گروه گواه $46/3$ درصد از میگرن، 40 درصد از سردرد تنشی و $13/7$ درصد از میگرن توأم با سردرد تنشی رنج می‌بردند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پذیرش درد و شدت درد را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

(۳) عدم تمایل به ادامه درمان؛

(۴) بروز افکار جدی خودکشی و احتمال خطر خودکشی؛

(۵) افرادی که سابقه مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی را دارند.

لازم به ذکر است که سنجش ملاک‌ها توسط روان‌پزشک همکار در پژوهش انجام گرفته است.

ابزار:

۱- پرسشنامه شدت درد: میانگین شدت درد در چهار هفته گذشته با استفاده از مقیاس یازده نقطه‌ای، که از صفر (صفر = بی‌دردی) تا ده (بدترین درد ممکن) نمره دهی شد. از آزمودنی خواسته شد تا با انتخاب عددی بین صفر تا ده شدت درد خود را در زمان مطالعه مشخص کند. این مقیاس معمولاً در تحقیقات مربوط به درد [۸، ۱۰، ۱۴] استفاده می‌شود و شواهد زیادی از اعتبار آن در اندازه‌گیری شدت درد در تمام مشکلات درد و در تمام جمعیت‌ها حمایت کرده‌اند [۴۵].

۲- پرسشنامه پذیرش درد: پذیرش درد با استفاده از پرسشنامه پذیرش درد مزمن^۱ [۴۶] دارای دو مؤلفه درد مزمن یعنی پذیرش ارادی درد^۲ و پرداختن به فعالیت^۳ ارزیابی شد. این پرسشنامه با ۲۰ ماده اجرا شد که ۹ ماده آن مربوط به مؤلفه پذیرش ارادی درد و ۱۱ ماده آن مربوط به مؤلفه درگیری در فعالیت می‌باشد. شرکت کنندگان، این ماده‌ها را در مقیاس ۷ درجه‌ای که از ۰ (اصلاً درست نیست) تا ۶ (کاملاً درست) پاسخ دادند [۴۷]. این پرسشنامه به خوبی یک همسانی درونی مطلوب را با آلفای $0/82$ (درگیری در فعالیت) و $0/78$ (پذیرش درد) نشان داده است. همچنین این پرسشنامه همبستگی بالایی با مقیاس‌هایی از اجتناب، آشفتگی روانی و کارکردهای روزانه نشان می‌دهد. از دو ماده این پرسشنامه پیش بینی مناسبی از درد مرتبط با ناتوانی و آشفتگی روانی به دست آمده است، بنابراین نشان دهنده روایی پیش بین این آزمون است [۴۶].

۳- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: پرسشنامه اطلاعات شخصی شامل جنس، سن، سطح تحصیلات،

- 1- Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (CPAQ)
- 2- pain willingness
- 3- activity engagement

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پذیرش درد و شدت درد را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش ارادی درد	۳۰/۲۹	۱۱/۷۱	۵۱/۷۳	۱۰/۴۱	۳۱/۲۹	۱۱/۹۴	۳۴/۱۳	۱۲/۴۰
درگیری در فعالیت	۲۶/۰۰	۱۰/۰۲	۴۳/۵۳	۴/۴۴	۲۵/۶۰	۱۰/۱۴	۲۷/۶۷	۸/۱۹
پذیرش درد (نمره کلی)	۵۵/۳۶	۱۳/۷۲	۹۵/۳۷	۱۱/۹۱	۵۵/۹۳	۱۲/۸۶	۶۱/۸۰	۹/۷۳
شدت درد	۷/۴۷	۱/۸۸	۳/۵۳	۲/۱۰	۷/۵۳	۱/۶۸	۷/۷۳	۱/۷۱

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان پذیرش درد در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی افزایش داشته و میزان شدت درد آنها نیز تغییر پیدا نموده است و تفاوت محسوسی در این خصوص در مرحله پیش آزمون و پس آزمون رخ داده است ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان بوده و تغییری رخ نداده است. نتایج آزمون لون نشان داد در پذیرش ارادی درد ($F=1/957, P>0/05$)، درگیری در فعالیت ($P>0/05$)، پذیرش درد (نمره کلی) ($F=0/140, P>0/05$)، و شدت درد ($F=0/074, P>0/05$) شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس اثرات آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن را نشان می‌دهد.

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس اثرات آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش تجربه شدت درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن

منبع	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
شدت درد		۱۲۸/۶۴۳	۱	۱۲۸/۶۴۳	۹۷/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸۳	۱/۰۰۰
خطا		۳۵/۷۰۶	۲۷	۱/۳۲۲	-	-	-	-
کل		۱۱۸۷/۰۰۰	۳۰	-	-	-	-	-

با توجه به اطلاعات جدول ۲ و بر اساس نتایج آزمون تحلیل کواریانس: تأثیر آموزش پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش تجربه شدت درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون معنی‌دار بوده است: ($F=97/277, P<0/001$). میزان این تفاوت؛ یعنی مجذور اتا برابر ۰/۷۸۳ شده است و توان آماری مساوی با ۱ شده است. نتایج فوق نشان دهنده آن است که پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش تجربه شدت درد در زنان مبتلا به سردرد مزمن (آزمودنی‌های مورد مطالعه) تأثیر دارد و از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ($P<0/001$).

بجای بحث با توجه به شواهد متعددی که در رابطه با اهمیت مفهوم پذیرش در کاهش تجربه درد بیماران مبتلا به درد مزمن وجود دارد، در پژوهش حاضر به نقش سازه پذیرش و

به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علیرغم حضور درد است [۵۴]. نتایج این تحقیقات نشان دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روان‌شناختی است. بیمارانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان‌شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات نامطلوب دارند عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند. تحقیقات بی‌شماری [۵۵، ۵۶، ۵۷] نشان داده‌اند که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان‌شناختی ارتباط دارد. در واقع اجتناب از تجارب انسان‌ها را در مقابل عوامل تنیدگی‌زا آسیب پذیرتر می‌نماید. افرادی که تمایل و آمادگی بیشتری برای محبوس کردن و سرکوب نمودن چنین تجربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض‌ها با همسر و ... برای آنها پیش می‌آید تلاش برای کنترل، آشفتگی‌های آنها را تشدید می‌نماید. هایز^۹ [۵۸] نیز معتقد است که رویکرد پذیرش و تعهد درمانی به جای آنکه روی برطرف سازی و حذف عوامل آسیب‌زا تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ات و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلات‌شان گردیده است خلاص نمایند و به آنها اجازه می‌دهد که از کشمکش و منازعه با آنها دست بردارند. پذیرش و تعهد درمانی اساساً فرآیند محور است و آشکارا بر ارتقا پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنا بخش انعطاف پذیر، سازگاران، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در رویکرد شناختی رفتاری حضور ندارد. ثانیاً هدف روش‌های درمانی به کار رفته در پذیرش و تعهد درمانی افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش‌های درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آنها به خصوص تمرکز بر لحظه حال بدون پیش گرفتن روشی بی کشمکش و غیر ارزیابانه استوار است. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی می‌تواند از این نظر از رویکرد شناختی رفتاری متمایز باشد که آنها اختصاصاً بر

که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش بین کارکردهای فرد در آینده می‌باشد. دال^۱ و همکاران [۵۱] در خصوص اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده‌اند که تجربه چهار ساعته این درمان به طرز فاحشی منجر به کاهش تجربه درد در این بیماران در مقایسه با سایر درمان‌های پزشکی معمول می‌شود. سفتون^۲ و همکاران [۵۲] در همین راستا گزارش کرده‌اند که با این شیوه درمانی علائم افسردگی در گروهی از زنان مبتلا به فیبرومیالژیا^۳ کاهش می‌یابد. طبق مطالعه مک کراکن و همکاران [۴۶] پذیرش دو مؤلفه اساسی دارد: پذیرش ارادی درد و پرداختن به فعالیت. اولین مؤلفه به دامنه‌ای که درد اجازه می‌یابد تا تجربه شود مربوط می‌شود که بدون تلاش در جهت مدیریت یا اجتناب از آن صورت می‌پذیرد. مؤلفه دوم به حفظ فعالیت‌های زندگی در کنار تجربه درد اطلاق می‌شود. کرانز^۴ و همکاران [۵۳] در مطالعه خود نشان دادند که بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن با میزان انجام فعالیت‌های روزانه ارتباط مستقیمی دارد. نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که پذیرش درد با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به درد کمر^۵، با کاهش اثر دوره‌های درد در کارکرد بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید^۶ و حفظ کارکرد سازگاران در بیماران دچار دردهای چندگانه^۷ ارتباط دارد [۴۲]. نتایج مطالعات آزمایشگاهی نیز از اثربخشی بالای راهبردهای مبتنی بر پذیرش در هنگام رویارویی با دردهای القا شده آزمایشگاهی حکایت می‌کند [به نقل از ۵۴]. بعلاوه، مطالعات صورت گرفته بر اساس مطالعات بالینی بر اهمیت راهبردهای مبتنی بر پذیرش بر کاهش علائم درد و افزایش کیفیت زندگی همراه با حضور درد اشاره می‌کنند. اصلی‌ترین سازه نظری در پذیرش، مبتنی بر درمان‌های رفتاری از قبیل پذیرش و تعهد درمانی، انعطاف پذیری^۸ روان‌شناختی است،

- 1- Dahl
- 2- Sephton
- 3- Fibromyalgia
- 4- Kranz
- 5- low back pain
- 6- arthritis rheumatoid
- 7- multiple pain
- 8- psychological resiliency

9- Hayes

ناراحتی‌های جسمانی و علائم و شکایات ناشی از آن را بدن‌بال داشته باشد اما در عین حال پذیرش و تعهد درمانی نیز توانسته است به خوبی این تأثیر را نشان دهد. محدودیت‌های این پژوهش شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم بررسی بیماران مرد مبتلا به سردرد مزمن و گروه‌های سنی مختلف بود. پیشنهاد می‌شود رویکرد مورد استفاده در این پژوهش روی گروه‌های بزرگتر و گروه مردان مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بالاتری برآورد شود. همچنین پژوهش به صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی این روش درمانی را با سایر درمان‌های رفتاری مقایسه نمایند.

منابع

- 1- Shakeri R, Shaeiri MR, Roshan R. The effect of biofeedback training on experimental pain according to perfectionism. 2007; 11(1): 43-59. [Persian].
- 2- Jahangiri M, Montazeri K, Mohammadian F. The effect of two types of analgesic suggestion on the reduction of cold pressor pain in hypnotic state. J Anesth & Crit Care. 2007; 29(57): 52-57. [Persian].
- 3- Gatchel RJ, Turk DC. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. The Guildford Press; 1996.
- 4- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006; (10): 287-333.
- 5- Gatchel R, Blanchard EB. Psychophysiological disorders. Washington: American Psychological Association; 1997. p. 24-112.
- 6- Fitchel A. Recurrent headache among Swedish adolescents. Uppsala: ACT a Universitasion Up Saliencies (A.U.U); 2003.
- 7- Ghorbani A, Chitsaz A. Primary Headaches: Classification and Diagnosis. J Isfahan Fac Med. 2008; 27(99): 38-41. [Persian].
- 8- Farnam AR, Arfaei A, Noohi S, Azar M, Shafiee Kandjani AR, Imani S & et al. Relationship between Depression and Degree of Pain Feeling in Patients with Migraine Headache. J Behav Sci. 2008; 2(2): 143-148. [Persian].
- 9- Ducros A. Mechanisms and genetics of migraine. CNS Drugs. 2006; 20(1): 1-11.
- 10- Sadoughi M, Nouri A, Kajbaf MB, Akkashe G, Molavi H. Can Progressive Relation Training Reduce Chronic Tension Headache? J Ir Psychol. 2009; 5(18): 149-157. [Persian].
- 11- Diamond ML, Solomon GD. Tension Type Headache. In: Diamond ML, Solomon GD.

تغییرات بافتاری^۱ و محیطی تأکید می‌کنند. همچنین بر راه‌هایی که تجربیات روان‌شناختی بر رفتار اثر می‌گذارد تغییر ایجاد می‌کنند تا اینکه تمرکزشان بر تغییر محتوای این تجربیات باشد [۵۹]. در این فرآیند بیمار می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به منظور کاهش این تجربیات بر رفتار دور نگه دارد. اهداف درمان بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌باشد. به طور مکرری مطالعات همبستگی نشان داده‌اند که افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند پذیرش درد بیشتر با کارکردهای بالاتر در حوزه‌های مختلف زندگی، وضعیت شغلی بهتر، تجربیات هیجانی پخته‌تر و نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی کمتری دارند. ویکسل و همکاران [۵۴] در جهت ارزیابی اثربخشی راهبردهای پذیرش بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دردهای مزمن، مطالعه‌ای را اخیراً به انجام رسانده‌اند. آنها مداخلات مربوطه را در طی ۱۰ جلسه در ۱۰ هفته متوالی اجرا کرده‌اند. ارزیابی‌های آنها قبل و بلافاصله بعد از درمان، همچنین ۴ و ۷ ماه بعد از پایان پروتکل درمانی به منظور دوره پیگیری صورت گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند گروهی که تحت درمان با این رویکرد قرار داشته‌اند نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتری برخوردار بوده‌اند. از این رو، یافته این محققان نیز بر یافته‌های مطالعات قبلی مبتنی بر اثربخشی مداخلات فوق در خصوص دردهای مزمن صحت می‌گذارد. از نتایج مطالعات برآمده از رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش، بهبود کارکردهای جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، هیجانی و همچنین کاهش مراقبت‌های پزشکی گزارش شده است [۴۲]. در همین رابطه، مک کراکن و اوبرین^۲ [۳۳] در مطالعه اخیر خود نشان داده‌اند که افراد مبتلا به دردهای مزمن که مشتاق به تجربیات روان‌شناختی ناخوشایندشان بدون تلاش برای کنترل آنها هستند، کارکردهای روزانه بهتر و رنج کمتری را گزارش می‌نمایند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان نمود که هر چند ممکن است مداخلات دارویی و درمانی نسبت به مشاوره‌های روان‌شناسی و رفتاری تأثیر بیشتری بر کاهش

1- contextual changes

2- O'Brien

- 25- Lombardo ER, Tan G, Jensen MP, Anderson KO. Anger Management Style and Associations with Self-Efficacy and Pain in Male Veterans. *J Pain*. 2005; 6(11): 765-770.
- 26- Estlander A, Knaster P, Karlsson H, Kaprio J, Kalso E. Pain intensity influences the relationship between anger management style and depression. *J Pain*. 2008; (140): 387-392.
- 27- Evers AWM, Kraaimaat FW, Van-Lankveld W, Jongen PJH, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. Beyond unfavorable thinking: the Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol*. 2001; (69): 1026-1036.
- 28- McCracken LM, Vowles K. Acceptance of chronic pain. *Cur Pain Headache Rep*. 2006; (10): 90-94.
- 29- McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *J Pain*. 2005; (118): 164-169.
- 30- McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in patients with chronic pain. *J Pain*. 1998; (74): 21-27.
- 31- Aldrich S, Eccleston C, Crombez G. Worrying about chronic pain: vigilance to threat and misdirected problem solving. *Behav Res Ther*. 2000; (38): 457-470.
- 32- Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van-Houdenhove B, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *J Pain*. 2003; (106): 65-72.
- 33- McCracken LM, Zhao-O'Brien J. General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *Euro J Pain*. 2010; (14): 170-175.
- 34- McCracken LM, Gauntlett-Gilbert J, Eccleston C. Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: Validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *Euro J Pain*. 2010; (14): 316-320.
- 35- Mason VL, Mathias B, Skevington SM. Accepting low back pain: is it related to a good quality of life? *Clin J Pain*. 2008; (24): 22-29.
- 36- Kratz AL, Davis MC, Zautra AJ. Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Ann Behav Med*. 2007; (33): 291-301.
- 37- McCracken LM. A contextual analysis of attention to chronic pain: what the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *J Pain*. 2007; (8): 230-236.
- 38- Esteve R, Ramirez-Maestre C, Lopez-Marinez AE. Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Ann Behav Med*. 2007; (33): 179-188.
- Diamond and Dalession's the practicing physician's approach to headache; 1999.
- 12- Sajjadinejad M. Investigating The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Recurrent Headache and Compare The Pattern of Response to Treatment Between Migraine and Tension Headaches in Student of Shiraz University. [Dissertation]. Shiraz, Iran, University of Shiraz; 2005. [Persian].
- 13- McMahon SB, Koltzenberg M. Textbook of Pain. Elsevier: Churchill: Livingstone; 2006.
- 14- Sadoughi M, Akkashe G. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy of Reduction of Chronic Tension Headache. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2009; 11(3): 85-92. [Persian].
- 15- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-Analysis of Psychological Interventions for Chronic Low Back Pain. *Orig Res Article Health Psychol*. 2007; 26(1): 1-9.
- 16- Masedo AI, Esteve MR. Effect of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behav Res and Ther*. 2007; 45(2): 199-209.
- 17- Middendorp H, Lumley MA, Moerbeek M, Jacobs J, Bijlsma J, Geenen R. Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *Euro J Pain*. 2010; (14): 176-182.
- 18- Paquet C, Kergoat M, Dube L. The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment. *J Pain*. 2005; (115): 355-363.
- 19- Carson JW, Keefe FJ, Lowry KP, Porter LS, Goli V, Marie Fras A. Conflict about Expressing Emotions and Chronic Low Back Pain: Associations with Pain and Anger. *J Pain*. 2005; 8(5): 405-411.
- 20- Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic. *J Pain*. 2010; (148): 120-127.
- 21- Bartley EJ, Rhudy JL. The influence of pain catastrophizing on experimentally induced emotion and emotional modulation of nociception. *J Pain*. 2008; (5): 388-396.
- 22- Swinkels-Meewisse IEJ, Roelofs J, Oostendorp RA, Verbeek AM, Vlaeyen JWS. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *J Pain*. 2006; (120): 36-43.
- 23- Vangronsveld KLH, Peters M, LLe Goossens M, Vlaeye J. The influence of fear of movement and pain catastrophizing on daily pain and disability in individuals with acute whiplash injury: A daily diary study. *J Pain*. 2009; (139): 449-457.
- 24- Johansen A, Cano A. Observed marital interaction and pain adjustment in couples facing chronic pain. *J Pain*. 2007; 8(4): 57.

- 52- Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with Fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*. 2007; (57): 77-85.
- 53- Kranz D, Bollinger A, Nilges P. Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *Euro J Pain*. 2010; (xxx): xxx-xxx.
- 54- Wicksell RK, Olsson GL, Melin L. The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)-further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. *Euro J Pain*. 2009; (13): 760-768.
- 55- Goldberg D. Manual of the general health questionnaire. Windsor: National Foundation for Educational Research; 1978.
- 56- Bond FW, Bunce D. Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *J Occup Health Psychol*. 2000; (5): 156-163.
- 57- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004; (54): 553-578.
- 58- Hayes SC. Stability and change in cognitive behavior therapy: considering impartial fulfillment at the requirement for degree of doctor of philosophy in psychology of the University of Nevada; 2005.
- 59- Vowles KE, Wetherell JL, Sorrell JT. Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention. *Cogn & Behav Pract*. 2009; (16): 49-58.
- 39- Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Euro J Pain*. 2005; (9): 591-598.
- 40- Gauthier LR, Rodin G, Zimmermann C, Warr D, Moore M, Shepherd F, et al. Acceptance of pain: A study in patients with advanced cancer. *J Pain*. 2009; (143): 147-154.
- 41- Veehof MM, Oskam M, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Systematic review and meta-analysis. *Orig Res Article Pain*. 2011; (152): 533-542.
- 42- Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *J Consult & Clin Psychol*. 2008; (76): 397-407.
- 43- Wicksell RK, Dahl J, Magnusson B, Olsson GL. Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Orig Res Article Cogn and Behav Pract*. 2005; (12): 415-423.
- 44- Vowles KE, Sorrell JT. Life with Chronic Pain: An Acceptance-based Approach, Therapist Guide and Patient Workbook. <http://www.contextualpsychology.org/acbs> 2007.
- 45- Jensen M, Karoly P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford; 2000; 51-135.
- 46- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *J Pain*. 2004; (107): 66-159.
- 47- Cheung-Ning M, Wong-Chi-Ming T, Yap-Chooi-Mae J, Phoon-Ping C. Validation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in Cantonese-Speaking Chinese Patients. *J Pain*. 2008; (9): 823-832.
- 48- Poleshuck EL, Gamble SA, Cort N, Hoffman-King D, Cerrito B, Rosario-McCabe LA., et al. Interpersonal psychotherapy for co-occurring depression and chronic pain. *Orig Res Article Prof Psychol: Res and Pract*. 2010; 41(4): 312-318.
- 49- Lumley MA, Cohen JL, Stout RL, Neely LC, Sander LM, Burger AJ. An emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Orig Res Article Prof Psychol: Theory/ Res/ Pract/ Train*. 2008; 45(2): 165-172.
- 50- Hayes SC, Masuda A. Acceptance and commitment therapy: Model, Process and Outcomes. *J Behav Res & Ther*. 2006; (44): 1-25.
- 51- Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behav Ther*. 2004; (35): 785-802.